

阿南医療センターFAX 受診予約申込票

(申込日) 年 月 日

阿南医療センター
地域連携

医療機関名

TEL 0884-28-6031 (月)~(土)

医師氏名

FAX 0120-446-190

TEL () -

8:30~18:00 (日祝・年末年始は除く)

FAX () -

希望する 診療科名		担当医師 への連絡	受診 希望日	①	月	日(曜日)
医師名		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		②	月	日(曜日)

生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
患者氏名	(歳)		
【病院受診】 阿南医療センター (旧)阿南共栄病院 (旧)阿南中央病院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	旧姓・旧住所での受診歴がある際はお電話で確認させていただく場合がございます。ご了承下さい。	
現住所 〒	TEL () -		

紹介元医療機関からの連絡事項記入欄 (紹介目的:簡単な症状等連絡事項等をご記入ください)

--

【下記にご記入ください(保険証コピー可)】

保険 者証	保険者番号	
	記号番号	
被保険者		
資格取得		年 月 日
有効期限		年 月 日
事業所	名称	
	所在地	

公費負担番号		
受給者番号		
資格取得	年 月 日	
有効期限	年 月 日	
備考	(老人負担割合 割)	

※ FAX受付時間月~土8:30~18:00 (日祝日・年末年始は除く)
医師・検査等確認が必要な場合はお返事が遅くなる場合がございます。
時間外、日祝日は翌日または休み明けとなります。

※ 折返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者様にお渡し下さいますようお願いいたします。
受診当日は、予約受付票、保険証等、紹介状(画像データCD)、診察券(阿南医療センターの診察券をお持ちの場合)を地域連携窓口にご持参ください。